

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Henri FRAISSE

né le 14 janvier 1937, à Eygurande (Corrèze)

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin 1965

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUMEURS KYSTIQUES DU MESENTERE : sur un cas d'hémolymphangiome kystique

Président : M. LATAIX, Professeur

MEMBRES DU JURY

MM. BERGERON et TURCHINI, Professeurs

M. DELAGE, Maître de conférences agrégé



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548623_0069

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Henri FRAISSE

né le 14 janvier 1937, à Eygurande (Corrèze)

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin 1965

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUMEURS KYSTIQUES DU MESENTERE : sur un cas d'hémolymphangiome kystique

Président : M. LATAIX, Professeur

MEMBRES DU JURY

MM. BERGERON et TURCHINI, Professeurs

M. DELAGE, Maître de conférences agrégé

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE UNIVERSITE DE CLERMONT-FERRAND

DOYEN

R. CUVELIER

DIRECTEUR HONORAIRE

M. MERLE

ASSESEUR

M. COULET

PROFESSEURS HONORAIRES

Mme BLANQUET, MM. BUREAU, FOURNIER et GAUTHIER

I. — PROFESSEURS TITULAIRES

MM.	
BARRIER	Clinique chirurgicale A.
BAUDON	Clinique obstétricale.
BERGERON	Pathologie médicale.
BERNARD-GRIFFITHS	Clinique médicale A.
COULET	Botanique et Microbiologie.
CUVELIER	Hydrologie et Climatologie.
DASTUGUE	Chimie biologique et Pharmacodynamie.
DAUPHIN	Chimie pharmaceutique et Toxicologie.
GRAS	Thérapeutique.
JACQUEMET	Technique chirurgicale.
LATAIX	Pathologie chirurgicale.
MEYNIEL	Biophysique médicale.
MOLINA	Clinique pneumo-ptisiologique.
PETIT	Médecine légale et Médecine sociale.
POURRAT	Matière médicale.
ROUCHER	Clinique ophtalmologique.
TERRASSE	Clinique médicale B.
THIEBLOT	Physiologie.
TRONCHE	Pharmacie chimique.
TURCHINI	Histologie et Embryologie.
VAURS	Bactériologie et hygiène.
WILLEMIN-CLOG	Clinique médicale infantile.

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	
BASTIDE	Sciences naturelles.
DUCHÊNE-MARULLAZ	Physiologie.
FEBVRE	Pharmacie galénique.
GERMAIN	Clinique chirurgicale B.
POROT	Neurologie et Psychiatrie.

III. — MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.	
ALFIERI	Physique médicale.
BERGER	Chimie analytique.
BOSSY	Anatomie.
Mlle	
CHATONIER	Chimie minérale et minéralogie.
MM.	
CLUZEL	Bactériologie.
N	Biochimie médicale.
DELAJE	Anatomie pathologique.
Mmes	
GAILLARD	Physique pharmaceutique.
MOINADE	Médecine générale et thérapeutique.
M.	
PIGNIDE	Médecine générale.

IV. — AGREGES

MM.	
CHAMPEIX	Médecine légale et Médecine du travail.
FOURIER	Orthopédie.
HOUDARD	Chirurgie générale.
JALLUT	Médecine générale.
JANNY	Neuro-chirurgie.
MENUT	Pédiatrie et Puériculture.
MERCIER	Chirurgie générale.
Mlle	
RAMPON	Médecine générale.
MM.	
RENARD	Pneumo-ptisiologie.
TOURNILHAC	Neurologie et Psychiatrie.

Secrétaire principal : M. BERTHON

Bibliothécaire universitaire : M. ARCHIMBAUD

La Faculté décide que les opinions émises dans les travaux et mémoires présentés à l'occasion d'une soutenance de thèse de Doctorat en Médecine ou en Pharmacie, doivent être considérés comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner, ni approbation ni improbation. (Délibération en date du 6 juin 1956.)

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LATAIX

Professeur de Pathologie Chirurgicale

Chevalier des Palmes Académiques

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse..

Nous conserverons toujours en mémoire la richesse de son enseignement.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur BERGERON

Professeur de Pathologie Médicale Médecin des Hôpitaux

En témoignage de ma profonde admiration.

Monsieur le Professeur TURCHINI

Professeur d'Histologie et Embryologie

Monsieur le Professeur Agrégé DELAGE

Maître de Conférences Agrégé d'Anatomie Pathologique

Biologiste des Hôpitaux

Qui nous ont fait l'honneur de siéger à notre jury de thèse.

A Monsieur le Docteur N. ROCHLIN

Chirurgien à l'Hôpital d'Aurillac

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Il m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a conseillé tout au long de ce travail.

Qu'il soit remercié de la confiance qu'il m'a témoignée et de l'enseignement qu'il m'a prodigué au cours de mon Internat.

A Monsieur le Professeur J. DELARUE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Qui a bien voulu nous fournir la partie histologique de notre thèse.

A Monsieur le Professeur DAVID

*Professeur Agrégé d'Histologie .
à l'Ecole de Médecine de Limoges*

Nous garderons en mémoire le chaleureux accueil qu'il nous a réservé.

Qu'il trouve ici l'expression de nos plus vifs remerciements pour l'aide qu'il a bien voulu nous apporter pour la réalisation de notre travail.

INTRODUCTION

A propos d'une observation d'un hémolymphangiome kystique du mésentère que le Docteur ROCHLIN a bien voulu nous confier, il nous a paru intéressant d'entreprendre une étude aussi complète que possible concernant ces tumeurs.

Au sein du vaste domaine des kystes du mésentère nous avons recherché les observations se rapportant à des cas semblables.

Au lieu de citer tel ou tel cas, nous avons essayé d'établir une courte synthèse à la fois pathogénique, clinique et thérapeutique des lymphangiomes kystiques du mésentère.

Notre recherche n'aurait pas été complète si nous n'avions pas situé ces tumeurs dans leur cadre général : les tumeurs kystiques du mésentère.

Le diagnostic de ces tumeurs, qui demeurent une rareté, s'avère surtout du ressort du chirurgien et de l'histologiste. Notre travail aura pour but essentiel de montrer que ces tumeurs doivent entrer en considération dans le diagnostic des abdomens aigus.

Nous avons présenté notre travail en plusieurs chapitres :

- 1° Historique.
- 2° Les tumeurs kystiques du mésentère.
- 3° Les lymphangiomes kystiques du mésentère.
 - a) Généralités.
 - b) Aspect macroscopique et anatomo-pathologique.
 - c) Pathogénie.
- 4° Etude clinique.
- 5° Observation du Docteur Rochlin.
- 6° Histo-diagnostic.
- 7° Thérapeutique.
- 8° Discussion.
- 9° Conclusions.

HISTORIQUE

Les tumeurs kystiques du mésentère ont depuis longtemps déjà retenu l'attention des chirurgiens.

En 1507, BENEVIENI de Florence en donnait une première description dans son ouvrage « *De abditis nonnullis ac mirandis morburum et sanitatis omni causis* », où il rapporte le cas du fils d'Aldemari âgé de huit ans, à l'autopsie duquel il trouva comme cause de la mort un « *callus* » sur le mésentère et il écrivait : « *Pietro Aldemari avait un fils de huit ans qui avait la mauvaise habitude de manger de la terre et des cailloux. Aussi survint une fièvre continue bien que modérée, bientôt accompagnée de vomissements et de diarrhée. L'enfant mourut. A l'autopsie, alors que tous les organes étaient normaux, je trouvais un callus, une masse dure, sur les veines dites mésaraïques, ce callus obstruait les veines et aucun sang n'en coulait. C'était la cause inévitable de la mort de l'enfant* ».

De nombreux travaux ont été réalisés beaucoup plus tard : PORTAL en 1803, PEAN en 1880, les thèses de COLLET (1884) et d'AUGAGNEUR (1886) en font une étude clinique et histologique.

De cette époque semblent remonter les premiers travaux concernant l'étude des hémolymphangiomes du mésentère : MARIANI (1848), mais ses travaux n'ont pas été conservés. Cinquante six ans plus tard, JULLIARD fit une communication à ce sujet, mais là encore les textes originaux n'ont pu être retrouvés.

C'est donc beaucoup plus près de nous qu'il est possible de retrouver des traces de semblables tumeurs avec des auteurs comme SCHMITT (1929), HORNING (1949), De RESENDE ALVES (1950), STALKER (1951), THOLEN (1953), Alique TOMICO (1953).

Ainsi avant 1929, aucune observation ne sera retrouvée. Entre 1929 et 1953, dix observations relatives aux hémolymphangiomes kystiques du mésentère figurent dans la littérature. De 1953 à nos jours, nous pouvons retrouver des travaux français et étrangers (anglais, italien, russe...) concernant ces tumeurs.

Tous les auteurs reconnaissent la rareté de pareilles lésions et considèrent chaque cas comme une curiosité : VAUGH et HENRY en signalent trois cas sur 750.000 admissions ; LUCCI et PRATI, deux cas sur 68.217 admissions en 27 ans ; CHIGOT, deux cas parmi une série de 25.000 opérations faites pendant 10 ans.

LES TUMEURS KYSTIQUES DU MESENTERE

Le mésentère est une formation mésodermique. Si en avant il existe un plan de clivage du mésoderme, en arrière la lame externe de la splanchnopleure se replie et se continue avec la lame interne de la somatopleure pour former le péritoine pariétal. Entre ces deux feuillets existe du tissu mésodermique contenant des vaisseaux, des lymphatiques et des nerfs. Le tissu mésodermique de la racine du mésentère, central et oblique de haut en bas et de gauche à droite, communique latéralement avec le tissu mésodermique de la sphère génito-urinaire où se trouvent accolés les conduits de Wolff et de Muller.

Anatomiquement on distingue :

- les kystes entéroïdes.
- les dysembryomes kystiques.
- les lymphangiomes kystiques.

1° *Les kystes entéroïdes.*

De volume moyen, il siègent de préférence près de la région iléo-coecale, uniloculaires, ils contiennent un liquide visqueux, jaune brunâtre. Ce sont des kystes juxta-intestinaux.

Certains auteurs les considèrent comme naissant de l'exclusion d'une formation diverticulaire, qu'il s'agisse d'un diverticule du cœcum ou du grêle... dans ce cas seule la muqueuse intestinale est retrouvée. Ils peuvent avoir pour origine un diverticule de Meckel et dans ce cas toutes les muqueuses sont représentées : muqueuses intestinale, gastrique, îlots de Langerhans...

2° *Les dysembryomes kystiques.*

Leurs éléments dérivent de feuillets embryonnaires différents des feuillets qui ont donné le mésentère et l'intestin.

— Les kystes dermoïdes en constituent le groupe essentiel. Ils siègent en n'importe quel point du mésentère mais toujours à distance de l'intestin. Souvent sphéroïdes ou ovoïdes, uniques ou multiples, sessiles ou pédiculisés. Ils sont de couleur blanc nacré, de consistance rénitente. Leur volume peut atteindre celui d'une tête de fœtus.

Leur paroi est plus ou moins épaisse, tapissée d'un épithélium pavimenteux pouvant contenir des follicules pileux et des glandes sébacées. Leur contenu est mucilagineux ou huileux, on peut y trouver du sébum, des dents, des ongles voire du cartilage et de l'os.

La présence de dysembryomes dans le mésentère s'explique par le fait que le mésentère représente un lieu de passage au point de vue embryologique.

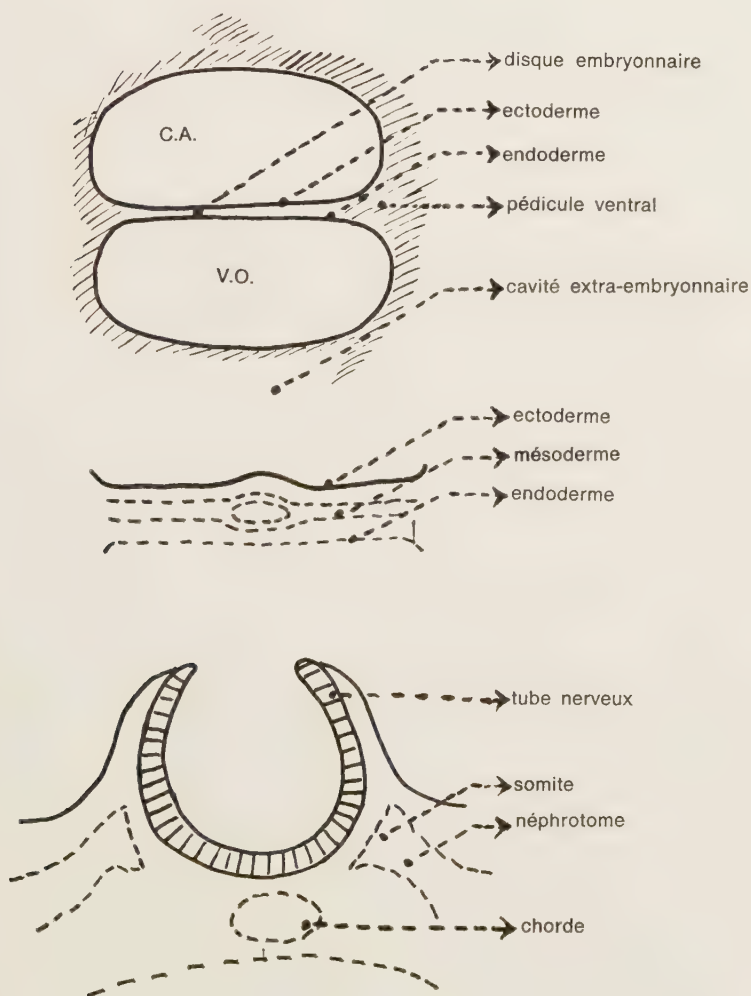
Une fois la gastrulation effectuée, les trois feuillets sont mis en place. Ce sont de la superficie à la profondeur : l'ectoderme, le mésoderme, l'endoderme.

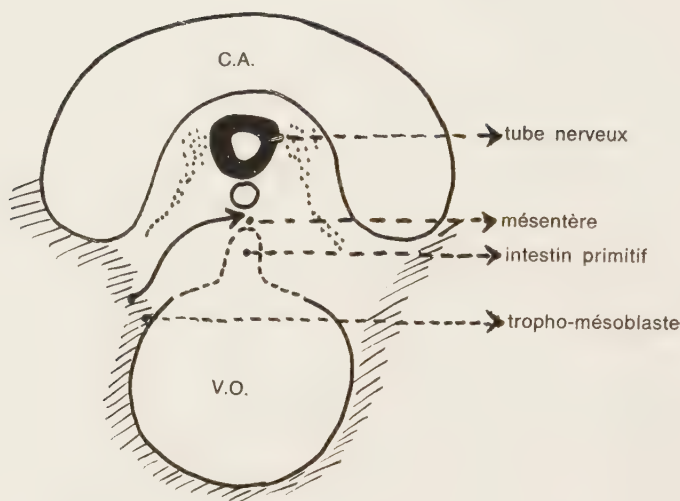
- a) L'ectoderme est destiné à fournir le système nerveux, la partie épithéliale des organes des sens, l'épiderme avec les phanères les glandes cutanées.
- b) L'endoderme formera le tube digestif et ses dérivés.
- c) Le mésoderme, interposé entre les deux autres feuillets, fournira d'une part les muscles striés, le rein, les organes génitaux et l'endothélium des séreuses ; d'autre part, il est destiné à fournir les tissus de nature conjonctive : le cartilage, les tissus osseux, les muscles lisses, l'appareil vasculaire et enfin le mésentère primitif. Quel est le point de départ de ces tumeurs embryonnaires ? Au niveau du mésentère, deux hypothèses embryologiques nous semblent plus particulièrement intéressantes :

— La première est la survivance, dans le feuillet splanchnique de la lame latérale, d'éléments du mésoblaste

extra-embryonnaire, c'est-à-dire, à l'origine tropho-mésoblastique.

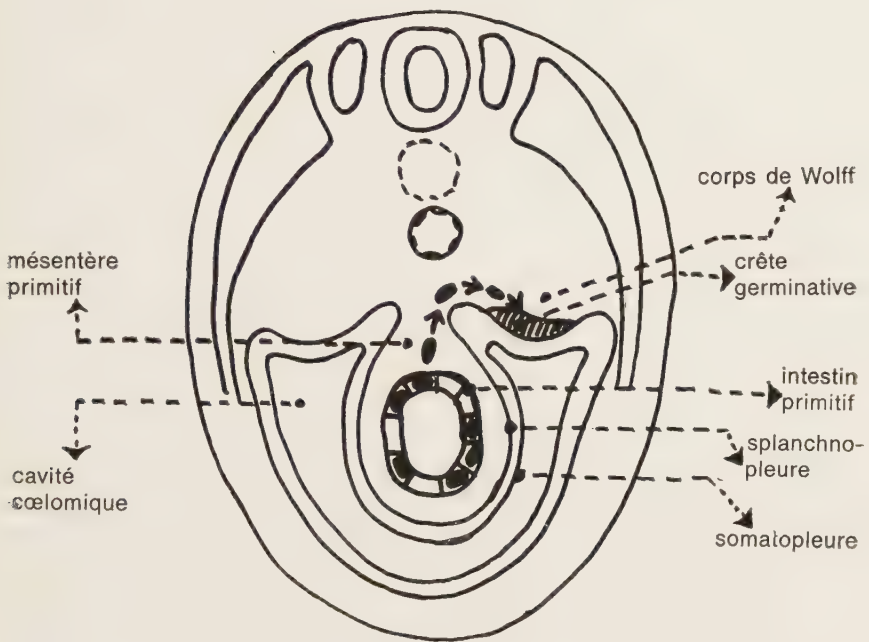
« Les schémas suivants montrent la disposition des feuillets embryonnaires, la flèche indique la possibilité d'inclusion intra-mésentérique à point de départ tropho-mésoblastique ».





— La deuxième est que le mésentère représente la voie de migration des gonocytes primordiaux qui émanent primitivement de l'épithélium endodermique de l'intestin primitif avant de coloniser secondairement la crête germinative, après une migration qui emprunte le mésentère primitif. L'arrêt de migration de quelques-uns ou de l'un de ces gonocytes primordiaux, cellules souches indifférenciées, peut évidemment représenter le point de départ d'un dysembryome ultérieur.

« Le schéma d'une coupe transversale d'un embryon montrant la disposition du cœlome et du mésentère primitif, indique la migration des gonocytes primordiaux par le mésentère primitif et la possibilité d'un arrêt de cette migration au sein même du mésentère ».



— A côté des kystes dermoïdes et entrant dans la catégorie des dysembryomes kystiques, nous signalerons la présence de kystes Wolfiens. Les kystes Wolfiens sont presque toujours rétro-péritoneaux et à ce titre ne figurent donc pas dans le cadre des tumeurs kystiques du mésentère. Le MONNIER en signale pourtant qui seraient authentiquement intra-mésentériques.

3° Les Lymphangiomes kystiques

Nous ne faisons que les citer ici, ayant réservé pour leur étude un chapitre particulier.

LES LYMPHANGIOMES KYSTIQUES DU MESENTERE

Les lymphangiomes sont des tumeurs vraisemblablement toutes dysgénétiques, les uns sont diffus, les autres encapsulés. Ils résultent de la prolifération de vaisseaux lymphatiques qui progressivement se dilatent irrégulièrement, se fusionnent et prennent alors un aspect kystique.

Les sièges de prédilection des lymphangiomes sont le cou et la région axillaire, mais on les rencontre également dans d'autres territoires cutanés, dans la région buccale, lèvres et surtout langue enfin parfois dans le médiastin et l'abdomen.

Dans l'abdomen les lymphangiomes sont kystiques et encapsulés. On en a décrit dans le rein, dans la rate, dans le pancréas, mais la localisation abdominale la plus fréquente semble être le mésentère. Il peut s'agir de kyste unique ou de kystes multiples. Quelquefois, mais très rarement, on peut trouver de très nombreux kystes échelonnés sur toute la longueur du mésentère : c'est ce que Gross appelle la maladie kystique du mésentère.

a) Généralités

Nous avons retrouvé dans la littérature des exemples d'hémolymphangiomes kystiques du mésentère chez un nouveau-né de neuf jours, chez des enfants de trois ans, quatre ans et sept ans, chez un adulte de trente-quatre ans, un cas fut également constaté chez une femme de soixante-deux ans. Donc ces tumeurs peuvent être envisagées durant toute la vie des malades ou mieux, nous dirons qu'elles se manifestent à un âge quelconque de la vie.

Y a-t-il une prédominance dans un sexe plutôt que dans l'autre ? Selon LOWAN, il n'est pas possible d'établir une prédilection pour l'un des deux sexes. Toutefois, il sem-

blerait que l'affection prévale dans le sexe masculin (sept hommes contre cinq femmes dans la statistique de GROSS).

b) Aspect macroscopique et anatomo-pathologique

Le volume des lymphangiomes kystiques du mésentère est extrêmement variable allant de formations presque microscopiques à des masses de vingt centimètres de diamètre et même davantage.

Les kystes peuvent se localiser sur toute la longueur du mésentère mais se voient plus fréquemment aux anses jéjunales. Quand la localisation est au bord intestinal du mésentère, il s'agit de formes en sablier ou même multiples, tandis que lorsque le kyste se trouve à la racine du mésentère il est généralement unique.

Ils sont de coloration rose ou brune. Leur contenu peut être séreux, jaune citron transparent ou bien lactescent comme le chyle. Leur présence s'accompagne souvent d'une stase lymphatique mésentérique importante.

c) Pathogénie

Nous avons vu plus haut que l'hémolymphangiome kystique du mésentère se manifeste à tous les âges. Mais l'âge de prédilection reste cependant les premières années de la vie et cette constatation paraît être en faveur d'une origine congénitale de la tumeur. Toutefois, l'origine embryonnaire vestigiale ne semble pas correspondre à la totalité des faits observés.

Trois théories peuvent être envisagées :

La première admet l'origine congénitale des hémolymphangiomes kystiques du mésentère.

Il faut voir dans le processus angiomateux, estime KORMANN, la conséquence d'un défaut de développement des territoires où le cycle évolutif embryonnaire est le plus compliqué. D'après REID, l'angiome ne serait qu'une modalité de cette malformation que constitue la fistule artérioveineuse lorsqu'elle intéresse les plus fines arborisations. Il se produit un arrêt du processus de différenciation à partir du

système capillaire commun qui engendre normalement les capillaires veineux d'une part et les capillaires artériels d'autre part. De telle sorte que l'arrêt de la différenciation du système capillaire commun entraîne la persistance d'une communication anormale entre les deux contingents préalablement destinés à devenir veineux pour l'un, artériel pour l'autre. D'où la production des angiomes.

La deuxième fait intervenir le foie pathologique.

On admet généralement que le foie pathologique est susceptible d'extérioriser sa souffrance sous le masque de fragilité et de néoformations capillaires. Ainsi, chez le fœtus et le nouveau-né, l'exceptionnelle vitalité des tissus permet qu'une perturbation hépatique déclenche une puissante extension angiomateuse. Sous des influences diverses, endocriniennes ou autres, le foie chez l'adulte peut également susciter des propriétés vasoformatrices et favoriser l'exclosion d'angiomes.

La troisième fait intervenir des facteurs physiques.

Cette théorie tout comme la précédente permet d'expliquer la découverte d'hémolymphangiomes kystiques du mésentère à un âge avancé de la vie. Elle fait intervenir l'existence de vestiges capillaires embryonnaires. Elle rejoint donc en partie la première théorie admettant l'origine purement congénitale de ces tumeurs. Une augmentation de pression dans les gros troncs vasculaires pouvant survenir chez l'adulte au voisinage des vestiges capillaires constitue une cause de déclenchement du processus pathologique. Sous l'influence de l'excès de pression existant dans les gros troncs vasculaires vont se produire des distensions vasculaires réalisant des images pseudo-kystiques.

Nous voyons donc que ces trois théories concernant la pathogénie des hémangiomes en général et des hémolymphangiomes kystiques du mésentère comportent chacune une part de vérité. Deux d'entre elles admettent l'origine congénitale de ces tumeurs que ces dernières soient découvertes chez le jeune enfant ou chez l'adulte.

La théorie faisant intervenir un processus pathologique d'origine hépatique explique davantage l'étiologie des angiomes que l'étiologie des hémolymphangiomes kystiques du mésentère. Les différents auteurs qui ont pu rencontrer ces tumeurs admettent d'une façon générale leur origine à partir du mésoderme.

Ainsi les lymphangiomes ne représentent pas un processus tumoral vrai : il n'y a pas de néoformations, pas de processus de prolifération ni d'envahissement. Il existe au départ une petite malformation vasculaire. A partir de là, s'effectue une accumulation de fluide, des canalicules de circulation collatérale se forment et s'enchevêtrent. Parfois, surviennent des processus de thrombose, une organisation conjonctive secondaire, des compressions vasculaires sanguines de voisinage et des hémorragies. L'ensemble de ces phénomènes suffit largement à expliquer la genèse des plus larges lymphangiomes kystiques.

ETUDE CLINIQUE

Parmi les tumeurs du mésentère relativement rares, les kystes sont les plus rares et parmi eux, les lymphangiomes sont une curiosité.

Le diagnostic de kyste lymphatique du mésentère chez l'enfant et chez l'adulte est souvent difficile car la symptomatologie qui le caractérise est commune à plusieurs syndromes abdominaux.

Les signes digestifs et abdominaux sont liés essentiellement au siège et au volume de la tumeur. Souvent la symptomatologie se confond avec les complications et par suite les lymphangiomes kystiques du mésentère se présentent pratiquement toujours comme des urgences abdominales.

Nous avons recherché dans la littérature les différentes observations pour essayer de mettre en évidence les différents tableaux cliniques auxquels donnent lieu ces tumeurs.

Si au point de vue pathogénique nous admettons que les lymphangiomes kystiques du mésentère ont une origine congénitale, nous retrouvons sur le plan clinique trois phases évolutives :

— phase de latence clinique pouvant être plus ou moins longue, de quelques jours à plusieurs années.

— phase de symptomatologie abdominale imprécise, diffuse, au cours de laquelle plusieurs diagnostics sont évoqués. Phase pouvant faire défaut dans de nombreux cas et être directement remplacée par la troisième éventualité.

— phase des complications, la plus fréquente, où plusieurs tableaux cliniques du type « abdomens aigus » sont retrouvés et conduisent inévitablement à l'acte chirurgical.

1°) *Phase de latence clinique.*

Nous avons dit qu'elle était de durée variable, ou très courte ou très longue. Nous pouvons même admettre que de

nombreux sujets sont porteurs de cette lésion au stade pré-tumoral et que celle-là ne se manifesterait jamais car les facteurs physiques déclenchant ou l'influence hépatique que nous avons envisagés au chapitre de la pathogénie peuvent faire défaut.

2°) *Phase de symptomatologie abdominale imprécise.*

Les tableaux cliniques sont multiples et variés :

a) Crises douloureuses abdominales d'intensité faible ou forte, intermittentes, suivies de vomissements et rarement d'arrêt des gaz. Ces crises seraient très fréquentes et caractéristiques. Selon BURNETT, elles se retrouvent dans 82 % des cas. Elles sont probablement causées par le tiraillement, à partir du kyste, des nerfs de la racine du mésentère, ou encore, selon HANDELSMAN, par l'irritation du péritoine par une petite quantité de liquide filtré à travers la paroi du kyste au moment de l'apparition de petites zones de nécrose au niveau de la surface interne du kyste.

b) douleurs abdominales diffuses de type colique très intenses, à caractère intermittent, apparaissant plusieurs fois dans la journée, sans relation avec les repas, accompagnées parfois de vomissements soit alimentaires, soit aqueux, soit biliaires; tableau clinique évocateur d'appendicite chronique ou d'adénite mésentérique comme le précise Giovanni ESPORITO de Naples dans son observation relative à un enfant de trois ans.

c) Aspect de tumeur abdominale.

L'observation faite par M. J. SEROR chez un sujet de douze ans traité depuis plusieurs années pour une volumineuse tumeur de l'hypochondre gauche déterminant des troubles du transit colique, illustre ce tableau clinique. Mais nous devons signaler qu'il s'agissait d'un hémolymphangione kystique du mésocolon. L'auteur individualise nettement ces tumeurs et les oppose au point de vue clinique et au point de vue tactique opératoire aux tumeurs mésentériques proprement dites. Celles-ci, développées dans une lame flottant librement à l'intérieur de la cavité abdominale sont douées

d'une mobilité qui manque aux tumeurs des mésos accolés.

Moins discutable est l'exemple rapporté par le professeur ESPOSITO dans l'observation relative à une malade de trente quatre ans admise d'urgence à l'hôpital pour une crise douloureuse abdominale avec vomissements biliaires répétés. L'examen physique de l'abdomen au moment de l'admission permet de mettre en évidence une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche, tuméfaction mobilisable et douloureuse. Le tableau clinique se modifie rapidement dans les vingt quatre heures qui suivent l'admission : l'abdomen souple ayant fait place à une réaction diffuse de défense musculaire prédominante dans la fosse iliaque gauche, rendant impossible la palpation de la masse qui est toutefois mise en évidence par la percussion.

d) Episodes de constipation chronique entrecoupés d'accès aigus de sub-occlusion. (c'est le cas de la petite E.D. dont l'observation nous est rapportée par GABRIELLE, FERNOUX et de MORTIERE).

3°) *Phase des complications.*

C'est essentiellement à ce stade que l'attention du clinicien est attirée. Ici encore, les tableaux cliniques sont variés et peu évocateurs. Nous avons retrouvé :

- des formes occlusives à début brutal ou progressif.
- une forme d'hémorragie intestinale.
- des formes appendiculaires ou plutôt péritonitiques.
 - des formes ascitiques ou péritonéales.
- des formes tumorales.

a) *Formes occlusives.*

Elles sont fréquemment retrouvées aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Elles donnent lieu à des tableaux cliniques différents selon qu'il s'agit d'une occlusion haut située ou d'une occlusion basse. De telle sorte que nous retrouvons ici le cortège des signes occlusifs classiques ne permettant pas de présumer de la nature de la tumeur elle-même.

Signalons l'exemple de ce nouveau-né de neuf jours que nous rapportent C.H. DURAND et ses collaborateurs. Nouveau-né n'ayant présenté aucun symptôme anormal pendant les quatre premiers jours de sa vie et qui brusquement au cinquième jour présente des vomissements bilieux, faciles, peu abondants, mêlés de lait, sans perturbation du transit intestinal. Signes évoquant une sténose duodénale. Après une accalmie de quelques heures, les signes réapparaissent et s'aggravent entraînant une perte de poids de l'enfant. Le repas baryté précise la sténose haute; l'intervention confirme celle-ci. L'obstacle se trouvait sur la deuxième anse jéjunale : il s'agissait d'un volumineux kyste lymphatique du mésentère.

Intéressante est également l'observation d'un auteur russe ASTROJNIKOV J.W. qui signale le cas d'un enfant de sept ans hospitalisé dans un état grave avec des douleurs abdominales paroxystiques de plus en plus violentes, apparues depuis deux jours, accompagnées de vomissements fréquents et d'arrêt des matières et des gaz. L'enfant avait été opéré deux ans plus tôt pour appendicite et au cours de cette première intervention on avait constaté une péritonite tuberculeuse qui fut traitée ultérieurement. A l'examen, l'enfant apparaît amaigri, pâle, apathique, et présente une température normale. L'abdomen est ballonné mais souple, la palpation est douloureuse surtout dans la fosse iliaque gauche. La radiographie sans préparation montre de nombreux niveaux liquides. Le diagnostic de sub-occlusion par péritonite tuberculeuse adhésive est porté. Malgré le traitement entrepris, les vomissements persistent pour devenir fécaloïdes quelques jours plus tard. Dans les vomissements on trouve des ascaris. Très vite, l'état général s'aggrave, l'enfant devient cachectique, presque inconscient, son pouls est faible, incomptable, le ventre reste souple. A l'intervention, dès l'ouverture du péritoine s'écoule un liquide légèrement louche et des anses grêles très distendues font issue.

Au-dessus de la partie droite du colon transverse existe un agglomérat d'anses grêles, au-delà, l'intestin est plat. Au milieu de cet agglomérat existe une tumeur mésentérique de la grosseur d'un œuf adhérent fortement aux anses intes-

tinales. L'examen histologique de la pièce opératoire confirme le diagnostic de lymphangiome kystique du mésentère.

b) *Forme d'hémorragie intestinale.*

L'exemple de cette forme nous est donné par le cas d'une malade âgée de soixante deux ans. (Observation de H. LEGER et ses collaborateurs). Cette malade présente brusquement après deux poussées marquées par un peu de fièvre et des céphalées, une hémorragie intestinale importante qui entraîne une anémie grave et nécessite son admission d'urgence à l'hôpital. Malgré les transfusions, de nouvelles hémorragies se produisent et entraînent la mort de la patiente. Le diagnostic étiologique n'ayant pas été porté, une autopsie fut pratiquée. Près de la terminaison de l'iléon, les auteurs trouvent « une masse rougeâtre, dure, épaississant considérablement le mésentère au niveau des espaces avasculaires de Trêves, et se poursuivant jusqu'au contact de la paroi coecale ». En outre le coecum est plein de sang.

Parmi les observations que nous avons retrouvées dans la littérature, celle-ci représente un type particulier et apparemment unique dans son évolution clinique.

c) *Formes appendiculaires ou plutôt péritoniques.*

L'observation du Docteur ROCHLIN que nous rapportons dans notre travail illustre ce tableau. En effet, la première intervention pratiquée le trente janvier mille neuf cent soixante deux correspondait au diagnostic clinique de péritonite aiguë généralisée d'origine appendiculaire probable. Nous verrons en fait qu'il s'agissait d'un chylo-péritoine par perforation vraisemblable du kyste. Cette perforation a été colmatée par l'agglutination des anses grêles. La tumeur s'étant ensuite manifestée par un processus occlusif consécutif à l'agglutination des anses grêles autour de la tumeur.

Nous signalerons cette évolution particulière en deux temps; temps d'allure appendiculaire d'abord, temps occlusif ensuite. Type d'évolution apparemment unique que nous n'avons pas retrouvé dans la littérature.

d) *Formes ascitiques, péritonéales et tumorales.*

Elles ne semblent pas représenter une symptomatologie particulière aux hémolymphangiomes kystiques du mésentère, mais plutôt être la traduction clinique des kystes du mésentère d'une façon générale et des kystes du mésocolon descendant.

Par suite de la rareté de semblables tumeurs, par suite d'une symptomatologie variée et peu pathognomonique, le diagnostic de kyste lymphatique du mésentère n'a pratiquement jamais été fait ni même évoqué avant l'intervention, si ce n'est dans le cas où la tumeur pouvait être retrouvée par la palpation de l'abdomen.

Observation du Docteur ROCHLIN

Enfant L. Michel, âgé de deux ans.

Enfant habituellement bien portant.

Le soir du 29 janvier 1962, il accuse brusquement des douleurs abdominales. Le médecin de famille (Docteur DELRIEUX de Neussargues) appelé d'urgence, voit l'enfant vers minuit et le fait hospitaliser à la clinique vers deux heures du matin.

A l'entrée.

On se trouve en présence d'un garçon normalement développé pour son âge, manifestement choqué : il est pâle, couvert de sueur, la température est à 40°, le pouls à 160/minute.

A l'examen.

Abdomen météorisé, douloureux à la palpation, avec semble-t-il un maximum douloureux dans la fosse iliaque droite, cependant pas de contracture vraie. Le toucher rectal est douloureux. On pense à une péritonite aiguë généralisée probablement appendiculaire et on intervient immédiatement.

Compte rendu opératoire (Docteur ROCHLIN).

Mac Burney.

Dès l'ouverture du péritoine, issue d'une très grande quantité de liquide blanchâtre, puriforme, très fluide, inodore.

(Prélèvement de liquide pour examen bactériologique). L'appendice est sain.

On dévide les dernières anses grêles à la recherche d'un diverticule de Meckel qui n'existe pas. Présence de nombreux ganglions mésentériques. On pense à une péritonite primitive, on aspire le liquide péritonéal, on place une lame

de caoutchouc dans le Douglas et on referme l'incision.

L'examen bactériologique du liquide prélevé devait montrer ultérieurement l'absence de germes.

Suites opératoires immédiates.

L'enfant rend bien quelques gaz au bout de vingt quatre heures, mais il devient vite manifeste qu'il présente une occlusion du grêle vérifiée d'ailleurs par une radiographie qui montre de nombreux niveaux liquides. On installe donc une aspiration continue et des perfusions de solutés salé, glucosé, additionnés d'électrolytes. L'écoulement de la plaie se tarit rapidement et on retire la lame au troisième jour. Malgré l'aspiration, le phénomène occlusif persiste inchangé. L'abdomen est ballonné et on peut noter quelques ondulations péristaltiques.

On pense donc qu'il ne s'agit pas uniquement d'un iléus paralytique et on intervient à nouveau le 6 février 1962.

Compte rendu opératoire (Docteur ROCHLIN).

Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic.

Il s'écoule une petite quantité de liquide séro-sanguinolent, les anses grêles apparaissent très dilatées. L'exploration montre l'existence d'une volumineuse tumeur située dans la fosse iliaque gauche. On l'extériorise et on constate qu'il s'agit d'une tumeur kystique du mésentère à environ un mètre cinquante centimètres de l'angle iléo-coecal, entourée d'un magmat d'anses grêles les unes dilatées les autres plates, elles-mêmes recouvertes de fausses membranes.

On libère le grêle et on se trouve alors en présence d'une tumeur cylindrique, longue de vingt centimètres environ, large de quatre à cinq centimètres, multilobée, franchement kystique par places, de couleur lie de vin sur certaines plaques. Elle est située au bord du mésentère et intimement accolée à l'anse grêle correspondante qui la longe d'un bout à l'autre ; la séparation de l'intestin et de la tumeur est impossible. Dans ces conditions, on pratique une résection du grêle et de la tumeur en bloc. On pratique ensuite une anas-

tomose termino-terminale en un plan et on referme l'abdomen sans drainage.

Examen macroscopique de la pièce opératoire.

Tumeur kystique multiloculaire. Certaines logettes contiennent un liquide séreux, d'autres un liquide blanchâtre, d'autres enfin du sang.

Suites opératoires.

Très simples.

Emission de gaz au bout de trente six heures. Abondantes selles liquides au bout de quarante huit heures et ensuite selles normales quotidiennes.

Alimentation normale reprise le quatrième jour.

L'enfant quitte la clinique le 28 février 1962. Il est revu un an plus tard en parfaite santé.

HISTODIAGNOSTIC

(Professeur DELARUE)

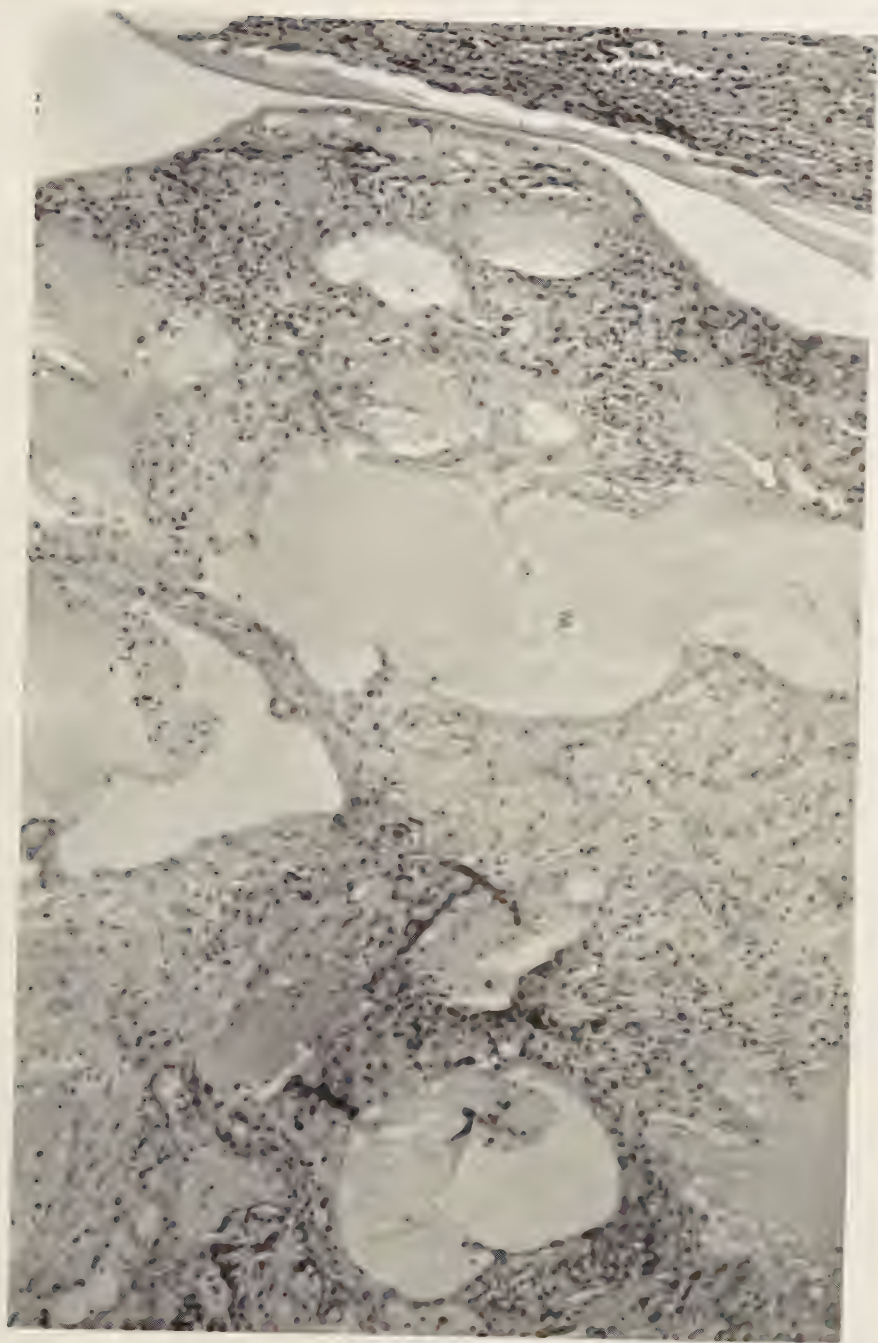
Tumeur de l'iléon.

Les multiples coupes effectuées aux dépens de cette volumineuse pièce opératoire intéressent de multiples segments iléaux en coupes transversales et le mésentère voisin. Elles permettent de constater que l'intestin est partout strictement normal, avec une muqueuse seulement épaissie par un peu d'oedème, et occupée par quelques lymphangiectasies.

Toutes les altérations occupent le mésentère. Ce sont de très larges lacunes vasculaires, parmi lesquelles prédominent des lacunes vasculaires lymphatiques, souvent kystiques, bordées par quelques éléments lymphoïdes nodulaires normaux. De nombreuses suffusions sanguines sont visibles autour des lacunes vasculaires sanguines, avec du pigment d'hémolyse. On note enfin d'importantes altérations inflammatoires de type subaigu qui occupent beaucoup de lacunes lymphatiques. Il s'agit ici d'un hémolymphangiome (avec prédominance de lymphangiome kystique) du mésentère, modifié par des lésions inflammatoires subaiguës. Aucun signe de tumeur maligne n'est constaté.



La tumeur est au contact même du tube intestinal, elle intéresse même la musculuse (large cavité kystique de contour irrégulier au contact de la musculuse).



Malgré sa proximité avec le tube digestif, la tumeur se développe dans l'épaisseur du mésentère. Elle est constituée par un système de lacunes vasculaires irrégulières et plus ou moins anastomosées. La plupart de ces formations sont occupées par une lymphe présentant quelques lymphocytes et le plus souvent dépourvue d'hématies. Les parois conjonctives de ces lacunes présentent une infiltration lympho-plasmocytaire diffuse.

THERAPEUTIQUE

La conduite à tenir apparaît essentiellement chirurgicale. Acte chirurgical s'adressant à une tumeur abdominale cliniquement décelable mais le plus souvent intervention d'urgence pour un abdomen aigu. Trois techniques opératoires peuvent être envisagées :

1°) *La première consiste dans l'isolement du kyste suivi de son exérèse.*

Cette technique est illustrée par le compte rendu opératoire concernant la malade de trente quatre ans qui fut suivie par le Professeur ESPOSITO : « à l'intervention faite par une laparotomie transrectale gauche, on trouve un kyste du volume d'une petite orange, situé dans le mésentère d'une anse jéjunale à un mètre environ de l'angle de Treitz, à parois très tendues recouvertes d'une séreuse avec des signes très nets de congestion vasculaire. Après l'incision du mésentère, à la base du kyste on procède facilement à son énucléation, suivie dans un second temps de la suture de la brèche mésentérique ».

Méthode idéale mais pas toujours réalisable car le plan de clivage théorique est souvent supprimé par les adhérences aux feuillettes du mésentère, à l'intestin et aux vaisseaux. L'énucléation sera donc tentée si elle paraît raisonnable, mais si l'on est obligé de pratiquer des ligatures qui compromettent la vitalité de l'anse correspondante, elle sera abandonnée.

Cette technique apparaît minutieuse, il faut savoir procéder pas à pas et garder la plus grande prudence pour ne pas ouvrir le kyste car si celui-ci n'est plus intact, il devient alors difficile de trouver un plan de clivage entre les deux feuillettes du mésentère.

2°) *La deuxième consiste en une résection en masse de la tumeur et de l'anse intestinale correspondante.*

Lorsque le chirurgien constate une adhérence du kyste à la paroi intestinale ne permettant pas un décollement du mésentère sans compromettre en même temps la vitalité de l'intestin, il procède d'emblée à la résection de l'anse où siège le kyste. C'est ce type d'intervention que nous avons le plus souvent retrouvé.

Très souvent en effet, une anse grêle se trouve aplatie, distendue, presque incluse dans la tumeur. Il convient alors d'effectuer une résection en bloc du kyste et de la portion correspondante du grêle. Le rétablissement de la continuité du tube digestif est facilement obtenu par une anastomose termino-terminale ou latéro-latérale.

Les suites opératoires, compte tenu de la bénignité d'une résection intestinale surtout de faible étendue sont simples.

3°) *Marsupialisation du kyste* (que nous ne citons que pour mémoire).

Tous les auteurs citent cette technique comme possible, en fait, elle n'est pratiquement jamais réalisée pour les lymphangiomes kystiques du mésentère, car elle présente des risques de fistule, d'hémorragie ou d'occlusion secondaire sur brides ou par volvulus. De même nous ne faisons que citer la technique de ponction du kyste qui en elle-même est insuffisante et jamais réalisée.

DISCUSSION

1°) *Le Chylo-péritoine.*

Notre observation personnelle paraît être intéressante puisqu'elle semble constituer un exemple d'hémolymphangiome kystique du mésentère fort rare dans son évolution clinique.

En effet, la poche kystique s'étant rompue, une partie de son contenu a envahi la cavité abdominale.

Si les différents auteurs signalent cette possibilité de rupture du kyste lymphatique qui se produit vraisemblablement à partir d'une petite zone de nécrose, la solution de continuité se créant sans doute lors d'une augmentation rapide de pression du liquide intra-kystique, ils ne donnent pas d'exemple bien probant. Par contre, dans notre cas, la clinique permet de fixer dans le temps l'apparition de cet accident qui coïncide avec le début brutal des phénomènes douloureux présentés par l'enfant. Début qu'il faudrait savoir rechercher car il semble traduire assez bien cette éventualité pathologique et conduire dans les heures qui suivent à un tableau péritonéal. Type d'évolution qui nous permet d'envisager des remarques d'ordre thérapeutique.

2°) *Remarques sur la voie d'abord et technique.*

De l'observation que nous rapportons, nous devons tirer une conduite thérapeutique.

Rappelons qu'il s'agissait d'un enfant de deux ans, présentant au moment de l'admission en clinique, un abdomen météorisé, douloureux à la palpation, avec un maximum douloureux dans la fosse iliaque droite : tableau clinique de péritonite aiguë généralisée probablement appendiculaire.

Devant cet aspect clinique et par suite de la fréquence

chez l'enfant de lésion appendiculaire expliquant les péritonites, la voie d'abord fut l'incision de Mac Burney.

En cours d'intervention, on constate la présence de liquide blanchâtre, puriforme, dans l'abdomen ; or l'appendice est sain, il n'y a pas de diverticule de Meckel. Donc aucun élément pour expliquer cette péritonite, on pense donc à une péritonite primitive. L'expérience a en effet prouvé que les péritonites primitives chez le jeune enfant existent réellement, et que le plus simple acte opératoire conduit à une guérison de l'affection : fermeture incomplète de la plaie et drainage.

Mais quels sont les critères que nous avons pour conclure à une péritonite primitive ? Il n'est pas toujours possible d'obtenir un examen bactériologique extemporané, il n'est pas possible non plus, par une simple incision de quelques centimètres, d'affirmer qu'il n'y a pas une cause organique responsable. Nous pensons donc que ce seul geste chirurgical est en lui-même insuffisant puisqu'il ne permet pas de donner une conclusion valable et oblige d'attendre l'évolution ultérieure pour confirmer ou infirmer la première impression.

Nous pensons au contraire qu'un deuxième geste doit compléter le premier. Devant l'impossibilité d'affirmer que la péritonite est vraiment primitive, il faut intervenir par une incision médiane qui permettra seule de faire un inventaire complet et minutieux des diverses portions abdominales du tube digestif et de ses annexes. Devant un examen absolument négatif force sera de conclure enfin à une péritonite primitive et de refermer alors l'incision. Mais il sera également possible de trouver la lésion, qu'il s'agisse d'une perforation du tube digestif ou d'une tumeur kystique siégeant en un point du mésentère ou d'un méso-colon, et d'y remédier dans le même temps opératoire.

Notre observation semble à ce sujet très instructive, si l'incision médiane avait été réalisée au cours du premier geste opératoire, l'hémolymphangiome kystique du mésentère aurait été découvert et traité comme il l'a été quelques jours plus tard.

CONCLUSIONS

Nous retiendrons donc de ce travail sur les hémolymphangiomes kystiques du mésentère un certain nombre de caractères qui semblent les définir :

1°) Ce sont des tumeurs rares, d'origine vraisemblablement embryonnaire.

2°) Elles peuvent se voir à tous les âges, aussi bien chez le jeune enfant que chez l'adulte.

3°) Elles donnent lieu à des tableaux cliniques très variés, peu évocateurs et s'avèrent donc de diagnostic difficile. Souvent, elles se manifestent brutalement par une complication abdominale qui nécessite une intervention chirurgicale d'urgence. Ici encore l'erreur reste possible si la tumeur elle-même n'est pas découverte lors du premier geste opératoire: erreur qu'il est possible d'éviter en pratiquant une incision médiane permettant une analyse complète du tube digestif et de ses annexes.

4°) Une fois découvertes, il est possible de leur opposer un geste chirurgical assez bien défini, généralement une exérèse en masse de la tumeur kystique et de l'anse intestinale qui lui est accolée.

5°) Bénignes en elles-mêmes, ces tumeurs devraient pourtant être prises en considération dans le diagnostic des abdomens aigus et même des hémorragies digestives.

Le 1^{er} avril 1965
Le Président du Jury :
P. LATAIX.

Vu le 5 avril 1965
Le Doyen
R. CUVELIER.

Vu et permis d'imprimer
n° 23/65
Clermont-Ferrand, le 21 avril 1965.

Le Recteur,
E. LAPALUS.

BIBLIOGRAPHIE

- ASTROJNIKOV J.-W. — L'hémangiome du mésentère intestinal. — Klinitcheskaia (Moscou) 1958, 36, n° 6, 141-143.
- BOLOT F. — Les kystes du mésentère. — Maroc méd., juil. 1960, n° 422, 747-751.
- CHIGOT P.-L. — Les kystes mésentériques chez l'enfant. — Ann. Chir. infant., déc. 1961, 2, n° 2, 104-110.
- CONROY C.-F. et TANIGUGHI T. — Giant cavernous hémangioma of the mesentery. — Am. J. Surg., août 1951, 82, n° 2, 293-294.
- DECHEN J. — Un kste géant du mésentère. — Mém. Acad. Chir., 1955, 81, n° 33-34, 1030-1031.
- DURAND C.-H., PIGNEY J.-P. et LISCIA F. — Lymphangiome kystique du mésentère chez un nouveau-né de neuf jours. Intervention et guérison. — Ann. Péd., nov. 1963, 39, n° 49/11, 2341/P. 557-2344/P. 560.
- ESPOSITO G. — Les kystes lymphatiques du mésentère. (A propos de deux observations personnelles). — J. Chir., fév. 1964, 87, n° 2, 205-216.
- GABRIELLE C., FERNOUX H. et MORTIÈRE J. (de). — Occlusion aiguë du grêle par lymphangiome kystique du mésentère. Résection du grêle et du kyste. — Lyon chir., janv. 1962, n° 1, 146-147, 58.
- GIROUD A. et LELIÈVRE A. — Eléments d'Embryologie. Paris 1957.
- GRIMES A. — Kyste mésentérique. — Am. J. Surg., av. 1949, 77, n° 4, 528-531.
- KONE A. — A propos des kystes du mésentère de l'enfant. — Thèse Paris, 1958, n° 750.
- LABRY R. et CATTIN R. — A propos de deux kystes du mésocolon ayant simulé une tumeur ovarienne. — Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs., 1953, 5, n° 2, 176.
- LAWSON J.-A., DIETRICK R.-B. et RUSSI S. — Lymphangiome kystique du mésentère. Arch. Surg., janv. 1958, 76, n° 1, 155-159.
- LECŒUR P. — Tumeurs du mésentère. Encyclopédie médico-chirurgicale Estomac-Intestin 1936, 9049.

- LÉGER H., DEPAULIS J., KERMAREC J., BELLE J. et MAGADUR A. — Nouvelle observation d'hémangiome du mésentère. — Presse méd., déc. 1958, 66, n° 92, 2117-2118.
- LEONETTI J. — Lymphangiome entéro-mésentérique. — Mém. Acad. Chir., mars 1949, 75, n° 9/10, 263-265.
- LEURET J. — Occlusion du grêle par kyste du mésentère. — Mém. Acad. Chir., 1945, 71, n° 1-2-3, 28-30.
- MARTIN, LASSERRE, CANTORNE, DALLOCHIO. — Lymphangiome kystique du mésentère. — J. Méd. Bordeaux, fév. 1956, 133, n° 2, 179-180.
- MAYER C. — Considérations sur le diagnostic et le traitement des kystes du mésentère. — Acta. Chir. Belg., janv. 1954, 53, n° 1, 124-127.
- MAZINGARDE A. — Un cas de péritonite par rupture d'un kyste entéroïde. — Arch. Mal. App. dig., juil.-août 1956, 45, n° 7-8, 83-86.
- PEYCELON R., REPLUMAZ P. et RIGONDET G. — A propos d'un kyste du mésentère (lymphangiome kystique). — Arch. Mal. App. dig., juil.-août 1955, 44, n° 7-8, 946-948.
- RAZEMON P., TACQUET A. et MEIGNIE P. — Kyste chyleux du mésentère chez un adolescent. — Arch. Mal. App. dig., déc. 1960, 49, n° 12, 1692-1693.
- RESENDE ALVES (de) J.-B. — Hémangiome caverneux du mésentère iléal. — Hospital, av. 1950, 37, n° 4, 587-591.
- SEROR J. — Lymphangiomes kystiques du mesocolon descendant. — Mém. Acad. Chir., mai 1955, 81, n° 18-19, 515-518.
- THOLEN A. — Tumeurs mésentériques. — Gynécologia, mars 1953, 135, n° 3, 176-185.
- VANET A.-A.-C. — Contribution à l'étude des kystes de la racine du mésentère. Thèse Paris 1962, n° 243.
- VIDAL M.-P. — Contribution à l'étude des kystes lymphatiques du mésentère. — Thèse Paris, 1955, n° 52.
- WILLIS R.-A. — Pathology of tumours, Butterwold and Co, London 1953.

